

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DOSSIER

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – Infection tuberculeuse latente (ITL) 3HP TOD (Rifapentine et Isoniazide) – Adulte ET enfant (2 à 65 ans)

Date de début du tx¹ : ___/___/___ Date de fin du tx² : ___/___/___

Durée du traitement et doses à donner : 12 doses en 12 semaines, maximum 16 semaines

Inscrire la posologie prescrite par le médecin : Rifapentine (RPT) _____ mg po TOD 1 X sem. Isoniazide (INH) _____ mg po TOD 1 X sem. Vitamine B6 _____ mg po TOD 1 X sem.	} = 1 dose	<p>► Aviser le médecin traitant et la santé publique si :</p> <p>a) 2 doses consécutives sont manquées en 2 semaines b) 3 doses sont manquées en 6 semaines c) Seulement 6 doses prises à la 11e semaine</p>	<p>► Cesser traitement sur prescription médicale si : Moins de 6 doses prises à la 12^e semaine</p>
--	------------	--	---

IMPORTANT : Une dose manquée peut-être administrée au prochain jour admissible dans la même semaine, EN AUTANT QUE LE DÉLAI MINIMAL DE 72 HEURES EST RESPECTÉ ENTRE LES DOSES ET QU'UN MAXIMUM DE 5 DOSES SONT ADMINISTRÉES EN 28 JOURS.

Semaine	Lundi ^{3,4}	Mardi ^{3,4}	Mercredi ^{3,4}	Jeu ^{3,4}	Vendredi ^{3,4}	Samedi ^{3,4}	Dimanche ^{3,4}	Cumulatif ⁵
Semaine 1	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	
Semaine 2	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	
Semaine 3	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	
Semaine 4	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	
Semaine 5	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	
Semaine 6	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	
Semaine 7	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	
Semaine 8	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	
Semaine 9	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	
Semaine 10	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	
Semaine 11	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	
Semaine 12	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	

Utiliser les lignes suivantes au besoin si le traitement s'échelonne sur plus de 12 semaines.

Semaine 13	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	
Semaine 14	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	
Semaine 15	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	
Semaine 16	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	AA/MM/JJ	

Niveau d'observance à la fin du traitement⁶ : Inadéquat (< 11 doses en 16 semaines) Acceptable (≥11 doses en max 16 semaines) Optimal (12 doses/12 semaines)

¹ Inscrire la date de la prise de la première dose.
² Inscrire la date qui correspond à la prise de la dernière dose.
³ Inscrire la date et les initiales de l'infirmière lorsque dose administrée, inscrire X si patient ne se présente pas pour sa dose.
⁴ Avant l'administration de chaque dose, compléter l'outil *Évaluation clinique hebdomadaire* pour le 3HP et aviser le médecin si présence de symptômes.
⁵ Effectuer le décompte cumulatif du nombre de doses.
⁶ En fin de traitement, vérifier le nombre de doses prises au total, établir le niveau d'observance, et en fonction de ce dernier, se référer au *Guide de suivi clinico-radiologique* pour le plan de suivi.

Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales